

Paciente	
Cliente	
Técnico	

Pedido	O.P.

paralid®

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha toma medidas:

Fecha nacimiento:

Fecha finalización proceso quirúrgico:

Genero:

Mano dominante:

Marcar dedos afectados:

Hombre Mujer Otro

DCH. IZQ

I1 I2 I3 I4 I5 D1 D2 D3 D4 D5

Ocupación _____

¿Fue un accidente laboral?

SI NO

Causa de la amputación:

Trauma explicar la causa _____

Septicemia Disvascular Cáncer Congénito Otros _____

¿Ha perdido o cambiado el trabajo por la amputación=? SI NO

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas?

Edema Limitación en flexión

Otros que afecten a la función del dispositivo

Hiper sensibilidad Limitación en extensión

Explicar: _____

Debilidad Fluctuaciones de volumen

¿Tiene acceso a terapias de adiestramiento u ocupacionales? SI NO

¿Ha probado algún otro tipo de prótesis? SI NO ¿Cuáles? _____

Expectativas del paciente:

Notas adicionales:

Chequeo de comprobación del envío de toda la Información necesaria

_____ Formulario (esta hoja firmada)

_____ Hoja datos dispositivo (según modelo)

_____ ROM Video

_____ Imagen Palmar

_____ Imagen Dorsal

_____ Fotos de selección anillos medidas

_____ Fichero escaneado 3D en formato stl

_____ Molde positivo de la mano afectada

_____ Fotos molde (previo para aprobación)

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que estos datos se utilizarán para diseñar un dispositivo totalmente personalizado. Al firmar el formulario, acepto la responsabilidad por la información aquí contenida.

Firma: _____ Fecha: _____

Los videos, fotos y formularios escaneados deben enviarse a: centralfab@emo.es

Paciente		Pedido	O.P.
Cliente			
Técnico			

I. VIDEOS Y FOTOS, para evaluación

Son necesarios fotos y videos para personalizar el (los) dispositivo (s) para el paciente. Las fotos y los videos deben ser de alta resolución * y mostrarse sin obstáculos para cada dedo dañado.

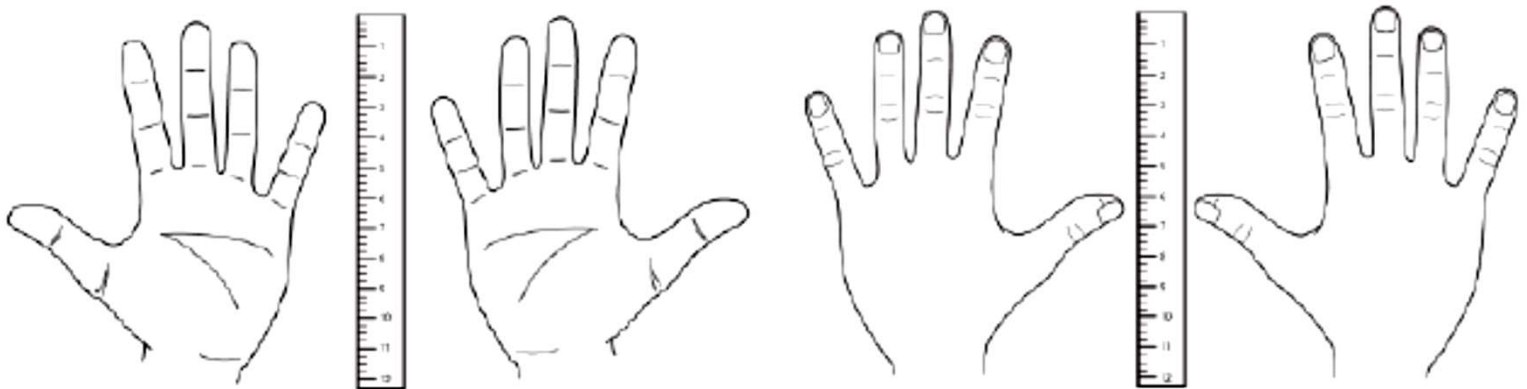
* Asegúrese de que los detalles de la mano (ej, pliegues palmares) y las marcas-números de regla sean visibles en cada foto

FOTOS, deben incluir:

- Foto ortogonal con regla - Dedos extendidos, vista palmar
- Fotos ortogonales con regla: dedos extendidos, vista dorsal

VIDEOS, deben incluir:

- Flexión completa y extensión - vista palmar.
- Flexión completa y extensión - vista sagital



FOTOGRAFÍAS ADICIONALES SUGERIDAS DE LOS DEDOS AFECTADOS:

- Vista palmar, desde abajo y vista dorsal, desde arriba:
 - O Lado amputado: Con el anillo patrón de tamaño
 - O Lado contralateral: Con el anillo patrón de tamaño

Los videos, fotos y formularios escaneados pueden enviarse a: centralfab@emo.es
Si el tamaño de las fotos impide el envío por email, por favor contacte con nosotros.

Paciente	
Cliente	
Técnico	

Pedido	O.P.

INFORMACION DE MEDIDAS

Registre las siguientes mediciones utilizando una cinta métrica estrecha de tela (ancho recomendado 8mm) para los perímetros y un calibre o pie de rey para las longitudes.
 Seleccionar los números del kit de anillos de tamaño para Prótesis paralid.

TRANSPROXIMAL

Dedo afectado:

Izquierda: I1 I2 I3 I4 I5

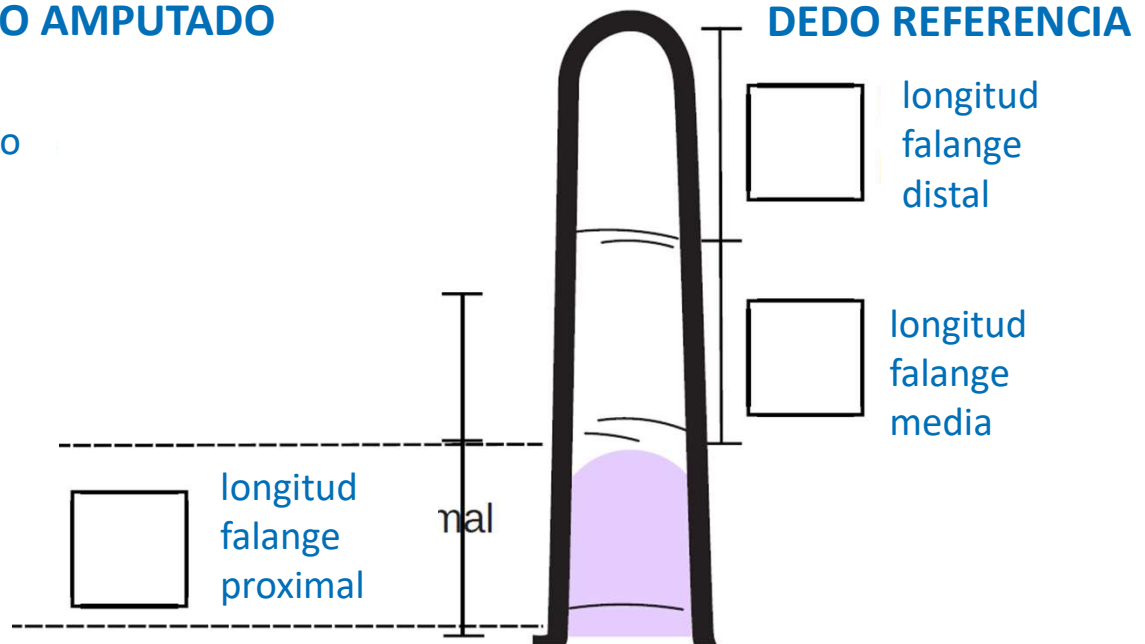
Derecha: D1 D2 D3 D4 D5

DEDO AMPUTADO

AP punto medio
falange
amputada

perímetro
art. proximal

perímetro
en base



	Anillo proximal	Anillo distal	Talla yema
Ajustado			
Holgado			

Realizar fotos del proceso de selección de anillos
 Añadir fotos dorsal y palmar de ambas manos con una regla en el centro
 Escanear en 3D la mano completa (formato stl) o tomar molde en silicona.

Los videos, fotos y formularios escaneados pueden enviarse a: centralfab@emo.es